Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Hoja de resumen mensual - Gastos médicos para niños sin reembolso
Monthly Summary Sheet - Unreimbursed Medical Expenses for Children

INSTRUCCIONES

- Con la excepción de su firma, escriba todas las respuestas en letra de imprenta. Sólo use tinta azul o negra.
- Para cada mes, ingrese el mes, el año y los totales del mes de la ***Hoja de detalles***.
- Brinde información completa para cada columna a continuación.
- Debe entregar los registros que apoyen su reclamo (facturas, recibos, explicaciones de beneficios, cheques cancelados, etc.). **DCS divulgará los registros de gastos al padre que debe pagar. Elimine toda información personal de los registros que no quiere que se divulgue. Guarde los originales o las copias (con toda la información visible) para su futura referencia.**
- Hay copias adicionales de este formulario en la página web de DCS en

NOMBRE DEL PADRE QUE DEBE PAGAR	NÚMERO DE CASO DCS:

MES/AÑO	MONTO TOTAL FACTURADO	MONTO TOTAL PERMITIDO POR EL SEGURO	MONTO TOTAL PAGADO POR EL SEGURO	TOTAL DE GASTOS MÉDICOS PARA NIÑOS SIN COBERTURA
TOTALES				

Monto que el padre le pagó directamente a usted por estos gastos médicos: $ _____

No he recibido pago alguno por estos gastos más allá de los que aquí aparecen.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Firmado en _____ _____

CIUDAD/ESTADO FECHA

_____

SU FIRMA

_____

SU NOMBRE EN IMPRENTA

FG VER: (1.0)